Boutin

la maladie Kystique

tion du tissu pulmonaire et diminuent l'
dont cet organe est le siége. Mais elles s
indiquées, s'il survient des hémoptysies.

L'époque la plus favorable à l'applicati
est celle où la marche de la phthisie est
faut profiter du moment où il y a une n
fièvre, la toux et l'expectoration. Mais il n
tions thermales les tuberculeux qui ont la
ainsi, dit Buron, on pourrait admettre b
traitement hydro-sulfureux. Une pratiqu
naître dans mon esprit une conviction to
guer entre la colliquation et la fièvre, qu
presque réguliers chez les malades dont l
sent. Il est évident que, lorsque tout l'o
un courant irrésistible vers la destructio
la plus légère, ne fait que hâter le fatal dé
reste, au contraire, des parties saines,
résultats des eaux sulfureuses.

Employées d'une manière opportun
deuxième degré de la phthisie, les eaux
pétit, facilitent la digestion, amoindriss
sueurs nocturnes, et améliorent l'état gé
une modification salutaire sur l'état loc
elles secondent les efforts de la nature, s
sie, au moins pour ralentir sa marche et
pauvre malade.

On doit s'abstenir complétement de tou
ral dans la période ultime de la phthisie
sité de la fièvre hectique, l'émaciation et
chats, des sueurs et des selles.

On ne saurait trop blâmer les méde
année aux sources thermales, non-seulem
ment incurables, mais des individus qui v

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 8 janvier 1861,

Par Louis BOUTIN,

né à Lohéac (Ille-et-Vilaine),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

Médecin Aide-Major stagiaire.

DE LA MALADIE KYSTIQUE DU TESTICULE.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 31.

—

1861

1861. — Boutin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. le Baron P. DUBOIS, DOYEN.

Chaire	MM.
Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	N. GUILLOT. MONNERET.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN, Président.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER, Examinateur. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Professeur honoraire, M. CLOQUET. — *Secrétaire*, M. BOURBON.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.
AXENFELD, Examinateur.
BAILLON.
BARTH.
BLOT.
BOUCHUT.
BROCA.
CHAUFFARD.
DELPECH.
DUCHAUSSOY.
EMPIS.
FANO.
FOLLIN.

MM. FOUCHER, Examinateur.
GUBLER.
GUILLEMIN.
HÉRARD.
LASÈGUE.
LECONTE.
PAJOT.
REVEIL.
RICHARD.
TARDIEU.
TRÉLAT.
VERNEUIL.

A MES BONS PARENTS.

A MES FRÈRES ET SOEURS.

A MON BEAU-FRÈRE.

A MON ONCLE DECLEY.

Témoignage de la plus vive reconnaissance.

A MON ONCLE LE DR LELIÈVRE.

A MA FAMILLE.

A MES AMIS.

DE LA

MALADIE KYSTIQUE

DU TESTICULE.

A. Cooper a décrit sous le nom de *cystic disease* une tumeur très-rare du testicule, caractérisée par le développement, au-dessous de l'enveloppe immédiate de cet organe, d'une foule de kystes de grandeur variable, et tous continus entre eux par leurs parois.

Les traducteurs du chirurgien anglais ont rendu le nom de la maladie par la dénomination de *maladie enkystée du testicule*, et M. le professeur Gosselin, dans sa traduction du traité de Curling, l'a mieux exprimée, suivant nous, en l'appelant *maladie kystique*, nom sous lequel nous la désignerons.

Nous trouvons encore en France les dénominations de *sarcocèle* ou de *sarcome kystique*.

A. Cooper l'avait aussi comprise dans sa description des hydatides, mais en la distinguant bien des vraies hydatides, que l'on rencontre dans le testicule; il la regardait comme constituant une affection spéciale, de nature toujours bénigne.

Curling a étudié les caractères anatomiques et les symptômes de la maladie kystique avec plus de précision, en s'appuyant sur un certain nombre d'observations. Les unes lui sont propres; d'autres sont empruntées à MM. Hancock, Hogg, César Hawkins. Une partie des pièces anatomiques sur lesquelles il a établi sa description sont dé-

posées au musée du Collége des chirurgiens de Londres, et dans ceux des hôpitaux Saint-Thomas et Saint-Georges. Un cas remarquable a été publié dans les *Medico-chirurgical transactions*, t. XXXVI, p. 449.

Mais les chirurgiens français ont eu aussi l'occasion d'observer cette affection et de la décrire avec précision. Boyer l'avait entrevue et la comparait aux kystes de l'ovaire. Bérard, dans sa thèse pour l'agrégation, en 1834, paraît en avoir observé des cas, qu'il a renfermés dans la description de l'hydrocèle enkystée du testicule, sous le nom commun de *kystes testiculaires*. M. le professeur Velpeau, en 1844 (1), établit la distinction fondamentale entre les deux maladies; il décrit les locules de la tumeur kystique, leurs variétés de dimension et de contenu, et les range dans la classe des tumeurs colloïdes.

M. le professeur Cruveilhier (2) donne une observation et un beau dessin d'un cas de cette nature, sous le titre de *cancer aréolaire avec matière perlée*. M. Gosselin fait, dans une note à l'article de Curling, la relation d'un sujet opéré de cette affection par Roux en 1837 (3).

Nous trouvons enfin, dans les *Archives générales de médecine*, en 1854, une très-belle observation recueillie à la clinique de M. le professeur Nélaton, et publiée par M. Trélat.

La physiologie pathologique de la maladie kystique a été l'objet d'un mémoire de M. Robin (4). Cette même question a été étudiée également, et résolue à peu près dans les mêmes termes, par M. Lebert, dans sa *Physiologie pathologique* et son *Traité des maladies cancéreuses*.

Nous avons eu le bonheur d'observer deux cas de cette tumeur

(1) Dict. en 30 volumes, t. XXIX, p. 489.

(2) *Anat. patholog.* avec pl., *Maladies du testicule*, pl. I, 5[e] livraison.

(3) Curling, *loc. cit.*, p. 417.

(4) *Mémoire sur l'origine épididymaire des tumeurs dites sarcocèles encéphaloïdes et kystiques du testicule.*

rare, presque à la même époque; et les réflexions que nous a suggérées la comparaison de ces deux faits nous ont engagé à en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous nous permettrons d'en rapprocher le fait de M. Trélat, remarquable par la précision des détails.

Nous avons pu étudier les deux pièces anatomiques qui font le sujet des deux observations que nous publions, discuter nous-même le diagnostic du malade de l'observation 2, le seul qui ait été soumis à notre examen. Quant à l'histoire clinique du malade de l'observation 1re, nous la devons à l'obligeance de notre ami, M. Piedvache, interne des hôpitaux de Paris, qui l'a recueillie dans le service de son père, à l'hôpital de Dinan.

Nous regrettons que l'examen histologique des tumeurs n'ait pu être fait par un micrographe très-compétent.

OBSERVATION 1re.

Maladie kystique du testicule droit. Opération, guérison.

B..... (Pierre), cultivateur, âgé de 35 ans, d'une constitution assez chétive, entre à l'hôpital de Dinan, le 15 avril 1859, pour une affection du testicule droit.

A la fin de juin 1858, il reçut dans les bourses un coup de pied de cheval, qui détermina une ecchymose et un gonflement léger résolus au bout de quelques jours. Ce n'est que quelques semaines plus tard, et presque par hasard, que le malade s'aperçut d'un engorgement du testicule droit, du reste complétement indolent. Depuis lors la tumeur s'est accrue par degrés, est devenue bientôt le siége d'une douleur, intermittente d'abord, continue seulement depuis quelques semaines, et accompagnée de tiraillements dans les lombes.

État actuel. Les bourses ont acquis le volume du poing; la peau est tendue, mais avec un développement très-léger des veines sous-

cutanées, et elle a conservé toute sa mobilité. On reconnaît de suite que le testicule gauche est sain, et est simplement accolé à la tumeur : celle-ci offre une forme ovoïde, à grosse extrémité inférieure, sans qu'on puisse cependant dire qu'elle soit pyriforme ; le testicule a plutôt conservé sa forme normale, avec exagération considérable de tous ses diamètres. En haut, la tumeur se termine brusquement sur le cordon, qui a conservé jusqu'à l'anneau son volume et sa disposition physiologiques.

La pesanteur spécifique est assez grande, comme serait celle d'une tumeur solide. Au toucher, la moitié inférieure et toute la face postérieure présentent une consistance ferme, élastique, sans sensation de fluctuation ; on n'éprouve pas d'impression de cloisons fibreuses, bien que la résistance ne soit pas parfaitement égale dans toutes les parties; mais la portion supérieure et antérieure forme un léger relief régulièrement arrondi, et donne une fluctuation nette et superficielle ; l'exploration à la lumière, répétée plusieurs fois en ce point, ne permet pas cependant de constater sa transparence.

La pression de la tumeur ne fournit nulle part la sensibilité propre au testicule.

Une ponction exploratrice, pratiquée sur la saillie fluctuante à l'aide d'un trois-quarts très-fin, n'amène qu'une goutte d'un liquide sanguinolent, qui n'en détermine pas l'affaissement.

On ne constate, par le palper du ventre pratiqué avec soin, aucun engorgement dans la cavité abdominale. La tumeur est le siége de douleurs continues assez vives, de nature lancinante ; celles que l'on provoque par la pression sont difficilement supportées.

Le malade est amaigri, très-pâle; il a peu d'appétit, mais les digestions se font bien. L'exploration de tous les appareils éloigne le soupçon de toute lésion organique.

Le résultat de la ponction exploratrice, le développement assez rapide, la nature et l'intensité des douleurs, la consistance de la tumeur et son inégalité, mais surtout l'ensemble des symptômes, font

admettre à tous les médecins qui examinent le malade, l'existence d'un encéphaloïde du testicule droit.

En raison de l'absence de toute généralisation, l'opération de la castration est décidée, et pratiquée le 19 avril par M. Piedvache, chirurgien de l'hôpital.

L'opération ne présente rien de particulier; le malade est soumis au chloroforme. Après une incision longitudinale, la tumeur se laisse énucléer très-facilement; le cordon étant coupé et maintenu par un aide, ses vaisseaux sont liés isolément, et il ne se rétracte point dans l'anneau.

Les lèvres de la plaie sont réunies par la suture entortillée, dans leurs 4 cinquièmes supérieurs, tandis qu'une mèche est maintenue dans la partie inférieure pour l'écoulement des liquides.

Les suites de l'opération ont été fort simples; la réaction resta très-modérée. Le 25, c'est-à-dire cinq jours après l'opération, les épingles furent levées, et la plaie se trouva réunie dans toute sa partie supérieure, l'inférieure fournissant du pus de bonne nature.

Le 10 mai, la cicatrice était complète, et la santé générale très-bonne.

Examen de la pièce anatomique. La tumeur est fendue d'avant en arrière, et la coupe présente à considérer :

1° Le feuillet pariétal de la tunique vaginale, épaissi et adhérant, dans la plus grande partie de son étendue, au feuillet viscéral;

2° L'albuginée, beaucoup plus épaissie et très-tendue;

3° Au-dessous de cette membrane, on ne peut apercevoir aucune trace de la substance tubuleuse du testicule; il semble tout entier transformé en une masse composée exclusivement de petits kystes, tous continus par leurs parois; ces cloisons sont, les unes épaisses et denses, les autres offrent la minceur et la transparence de la membrane la plus ténue; la face interne des cavités est lisse et polie comme celle des séreuses. Beaucoup de kystes sont recouverts, à la surface de la coupe, de leur paroi mince, qui laisse apercevoir par

transparence le liquide qu'ils contiennent ; leur volume, assez inégal, est en général celui d'une noisette, quelques-uns seulement sont très-petits.

Le liquide contenu est partout transparent, limpide, et sans viscosité ; traité par l'acide nitrique, il est à peine troublé.

Mais plusieurs kystes présentent un contenu solide : c'est une matière gris clair, opaque, disposée en couches concentriques, et s'enlevant par petits lambeaux lamelleux ; elle se détache en masse des parois du kyste avec une grande facilité.

La saillie fluctuante de la face antérieure est formée non pas par un kyste unique, mais par une série de kystes du volume ordinaire, au-dessus desquels l'albuginée est amincie, et même éraillée en quelques points.

Sur le côté postérieur et supérieur de la tumeur, se trouve la tête de l'épididyme, parfaitement sain, et séparé de la série des kystes par la lame postérieure du corps d'Highmore, qui a environ 1 millimètre d'épaisseur.

L'examen microscopique de la pièce, mise dans l'eau, est fait, trois jours après, par M. Guyot, professeur de l'École de Médecine de Rennes, à qui elle est envoyée.

Voici le résulat de cet examen :

1° Les canaux de l'épididyme ont leurs caractères normaux ;

2° Les cloisons des kystes sont formées de tissu lamineux et fibro-plastique ; et les parois, très-épaisses, présentent en outre, en quelques points, des cellules cartilagineuses.

3° Leur face interne est revêtue d'une couche de cellules d'épithélium pavimenteux.

4° La matière solide qui remplit plusieurs kystes est composée de cellules épithéliales, de beauconp de noyaux libres, mais peu volumineux.

5° Nulle part on ne peut découvrir de spermatozoïdes.

La pièce est déposée au musée de l'École de Rennes.

Le malade sortit de l'hôpital dans le courant de mai ; en juillet,

il mourut de pneumonie, et l'autopsie permit de constater l'absence de tout engorgement ganglionnaire dans l'abdomen, et de toute trace de généralisation.

OBSERVATION II.

Tumeur kystique du testicule droit. Opération, guérison.

G . . . . . (Louis), âgé de 40 ans, tisserand de Guipry, entre à l'hôtel-Dieu de Rennes, le 27 juin 1859, pour une tumeur du testicule droit. Il rapporte qu'il y a environ cinq ans, il remarqua que cet organe augmentait de volume, en conservant sa forme et sa régularité. Il ne se souvient pas, du reste, avoir reçu de coup, ni fait de chute avant cette époque, et ne peut assigner de cause à sa maladie.

La tumeur, suivant son récit, aurait toujours été ferme, et, dans les premières années, peu sensible à la pression. Celle-ci ne permit plus bientôt de retrouver la sensibilité énervante spéciale au testicule. Quant à la marche, elle a toujours été progressive, un peu plus lente peut-être dans les derniers temps. Le malade n'était incommodé qu'après une certaine fatigue ; les tiraillements qu'il éprouvait dans la région lombaire le forçaient alors seulement à intérrompre son travail. Mais, depuis six mois, des douleurs assez vives aux moindres mouvements et à la pression, quelques élancements même parfois, ont forcé G. . . . . à garder un repos presque absolu. Aucune ponction, aucun traitement n'a été mis en usage.

État actuel. La tumeur occupant le côté droit des bourses est pyriforme, à grosse extrémité inférieure ; elle est régulière, sauf deux petites bosselures, siégeant, l'une sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure. Sa limite supérieure semble remonter un peu sur le cordon, qui se continue insensiblement avec la tumeur, mais est, au-dessus d'elle, parfaitement sain.

Le volume de cette tumeur est considérable ; elle ne mesure, en

effet, pas moins de 17 centimètres en hauteur, et 24 de circonférence au point de la plus grande largeur. Sa densité est assez considérable, plus grande assurément que celle d'une masse uniquement composée de liquide,

On constate, par le toucher, une consistance ferme, élastique, fluctuante seulement sur les deux petites saillies que nous avons indiquées ; mais le doigt sent très-bien, en se promenant sur toute la surface. que la résistance est fort inégale. Il éprouve en beaucoup d'endroits la sensation de cloisons fibreuses plus fermes, et découvre, en outre, quelques petits grains disséminés, très-durs, bien évidemment cartilagineux.

Il n'existe point de transparence ; la peau des bourses, ayant entraîné une partie de celle de la verge, recouvre la tumeur, et glisse sur elle avec facilité ; quelques veines sous-cutanées se font reconnaître à leur couleur bleuâtre, mais elles sont peu volumineuses. On trouve le testicule sain, remonté jusqu'au voisinage de l'anneau inguinal.

La paroi abdominale, lâche et souple, se laisse facilement déprimer, et cette exploration permet de constater l'absence de tout engorgement des ganglions lombaires.

Le malade est un peu affaibli, mais ne présente cependant aucune lésion grave : ainsi le tube digestif est en bon état; du côté de l'appareil respiratoire, l'auscultation fait bien constater un peu d'obscurité du murmure vésiculaire au sommet du poumon droit, sans autre signe stéthoscopique ni aucun trouble physiologique. Le facies, bien qu'amaigri, est tout à fait normal.

Le diagnostic de cette tumeur a été longtemps discuté. L'idée d'une hydrocèle avec épaississement du sac ou d'une hématocèle se présentait tout d'abord à l'esprit, à cause de la forme de la tumeur ; mais l'inégalité de consistance et l'absence de sensibilité propre du testicule combattaient cette idée. Pour écarter tout doute à cet égard, M. Guyot, chirurgien de l'hôpital, fait une ponction explo-

ratrice en enfonçant un petit trois-quarts jusqu'au centre de la tumeur ; il ne sort que quelques gouttes de sang.

Nous nous trouvons donc amenés à l'idée d'une tumeur solide.

Le volume est trop considérable pour une tumeur exclusivement fibreuse, ou enchondromateuse, ou même squirrheuse ; ce volume, la forme et la marche, éloignent également l'idée de tubercules. Était-ce un encéphaloïde ? Nous trouvons peu ordinaire de voir une tumeur de cette nature, qui daterait de cinq ans, être aussi ferme dans presque toute son étendue, et ne pas s'accompagner d'engorgement ganglionnaire ; les cancers de cette espèce siégeant au testicule arrivent généralement au ramollissement en un temps peu long.

Nous venions d'observer, quelques jours auparavant, un cas de maladie kystique, et bien que la marche eût été dans ce cas plus rapide, l'idée d'une nature semblable se présenta à notre esprit ; cette opinion s'appuyait surtout sur la sensation de cloisons fibreuses obtenue par le toucher et la présence de deux mamelons fluctuants. L'existence des petits grains durs dont nous avons parlé nous fait admettre la complication de noyaux d'enchondrome.

Une seconde ponction est pratiquée sur un des points fluctuants ; il en sort plusieurs gouttes d'un liquide transparent et visqueux, et la saillie s'affaisse complétement. Cette circonstance importante nous confirme dans notre diagnostic.

Le 3 juillet, l'opération de la castration est pratiquée par M. Guyot ; elle n'a présenté rien de particulier. Les lèvres de la plaie sont réunies par six points de suture enchevillée.

Les suites de l'opération ont été fort simples ; la réaction a été modérée. La suture fut levée le 8, c'est-à-dire cinq jours après l'opération ; un espace resté libre inférieurement pour l'écoulement des liquides fournissait du pus de bonne nature.

Le 14, c'est-à-dire onze jours après l'opération, la cicatrisation était complète.

A la fin du mois, le malade quittait l'hôpital, complétement rétabli, et commençait même à reprendre de l'embonpoint.

Examen anatomique de la tumeur. Le poids de la tumeur est de 650 grammes ; elle est fendue dans le sens antéro-postérieur ; elle présente dans la coupe :

1° Une masse centrale de tissu grisâtre très-ferme, criant sous l'ongle, comme le cartilage, présentant l'apparence de fibrilles entre-croisées dans tous les sens.

2° Au devant d'elle, une suite de kystes très-petits ; les plus gros, du volume d'un haricot, séparés par des cloisons le plus souvent épaisses, d'apparence fibreuse, quelquefois très-minces et transparentes. Ces cavités, dont les parois sont lisses, contiennent pour la plupart un liquide transparent et ténu, visqueux seulement pour quelques-unes ; plusieurs au contraire, et ce sont les plus petites, sont remplies de sang fluide, mais elles n'ont aucun rapport avec le sillon très-appréciable des ponctions antérieures. Dans d'autres kystes encore, qui sur la coupe ne sont au nombre que de cinq, nous trouvons la même matière polypiforme et lamelleuse que nous avons décrite dans l'observation 1re, où elle est exactement semblable. Notons encore que le kyste qui a été vidé par la seconde ponction exploratrice était le plus volumineux, présentant 1 centimètre et demi de diamètre ; mais aussi il existe d'autres kystes, plus petits encore, derrière la masse fibreuse centrale, dont ils sont séparés par une cloison lamelleuse très-dense : ils paraissent tenir la place de la tête et du corps de l'épididyme, dont on ne retrouve plus de traces. Le canal déférent vient se fondre au-dessous d'eux, dans la masse de la tumeur ; le cordon, au-dessus de l'épididyme, est recouvert d'une série de petits kystes à parois transparentes, rangés autour de lui comme des grains de raisin, ce qui produit une disposition fort élégante.

3° Près de la surface antérieure de la tumeur, nous rencontrons de petites masses d'enchondrome, grosses comme des têtes d'épingle, dont la section est lisse, bleuâtre et brillante.

4° L'albuginée est en rapport immédiat avec la surface extérieure de la masse des kystes ; elle est épaissie généralement, mais éraillée

cependant en quelques endroits. Il n'existe donc en aucun point de cette surface de couches de substance tubuleuse, bien que nous en ayons cherché les traces avec le plus grand soin.

5° La cavité de la vaginale est oblitérée par des adhérences partielles, circonscrivant de petits espaces remplis d'un peu de liquide citrin ; son feuillet pariétal a acquis une épaisseur d'un demi-centimètre et un aspect fibreux.

L'examen microscopique est fait, le jour même de l'opération, par M. Guyot ; il confirme d'abord l'absence de toute substance tubuleuse sous l'albuginée. On trouve au contraire dans les kystes de l'épididyme quelques débris tubuleux altérés, fort analogues aux conduits normaux de cet organe, et surtout une grande quantité d'épithélium nucléaire; nulle trace, au contraire, de spermatozoïdes.

La masse centrale se trouve composée de tissu fibreux et fibro-plastique, avec de fort belles cavités cartilagineuses ; les cloisons résistantes des kystes ont la même composition. Quant aux petits noyaux d'apparence cartilagineuse, ils présentent bien réellement ces mêmes éléments. Le liquide des locules renferme beaucoup de globules de mucus, analogue à celui que fournissent les amygdales ; il coagule très-peu par les acides et la chaleur.

Les petits épanchements sanguins n'offrent que des globules fort déformés, qui doivent faire remonter à une date peu récente l'époque de leur production.

Cette pièce anatomique est déposée au musée de l'École de Médecine de Rennes, où elle présente un fort bon état de conservation.

Quant à la santé actuelle du malade, des renseignements pris directement dans sa commune nous ont appris qu'il jouissait d'une santé parfaite.

OBSERVATION III.

Sur un cas de kystes du testicule, de l'espèce décrite par A. Cooper, sous le nom d'hydatide ou maladie enkystée du testicule, par M. Trélat. (1)

G..... (Pierre), âgé de 40 ans, entre à l'hôpital des Cliniques le 1er décembre 1852, et est couché au n° 28 de la salle des hommes.

Cet homme est bien constitué ; il offre toutes les apparences de la santé. Il rapporte que deux ans auparavant, il s'aperçut que son testicule droit augmentait de volume ; il n'éprouvait aucune douleur, aucun trouble; l'accroissement de la tumeur était l'unique cause de son inquiétude. Au bout de dix mois, il consulta donc un médecin, qui plongea le trois-quarts dans la tumeur; cette ponction ne donna issue qu'à une petite quantité de liquide, le testicule conserva à peu près son volume. Au bout de six semaines, nouvelle ponction suivie du même résultat. Trois mois se passent, au bout desquels on pratique une troisième ponction, aussi peu utile que les précédentes. Enfin, en septembre 1852, deux mois avant l'époque où le malade entrait à l'hôpital, une quatrième ponction laisse écouler, avec un peu de liquide clair, une très-notable proportion de sang. Cependant, à la suite de chaque ponction, le malade pouvait constater lui-même la persistance d'une tumeur régulière, assez dure et profonde. La maladie résistant au traitement mis en œuvre, le malade se présente à nous dans l'état suivant : il porte au côté droit des bourses une tumeur qui mesure 15 centimètres de hauteur, et dont la circonférence est environ de 15 à 18 centimètres. Cette tumeur est verticalement allongée, mais non régulièrement pyriforme; immédiatement au-dessous de l'anneau, elle s'élargit, se rétrécit un

---

(1) *Archives générales de médecine*, t. I, 1854.

peu plus bas, et se termine presque carrément. Au toucher, on constate de grandes différences dans la résistance des divers points : ainsi, en haut et en avant, il existe une certaine étendue dans laquelle la fluctuation est manifeste: cette petite portion est transparente. A la partie inférieure de la tumeur, les mêmes signes se présentent, mais dans une étendue moins considérable; de plus, il semble qu'on ait là sous les doigts une petite tumeur distincte de la première, mais cependant réductible par une pression un peu prolongée. Ces deux tumeurs, ponctionnées isolément, ont donné issue à une petite quantité de liquide citrin et se sont affaissées : on a pu sentir alors une masse centrale, régulière, sans bosselures, arrondie ou mieux ovoïde, offrant à la pression une résistance toute spéciale, qui tenait le milieu entre la fluctuation et une certaine dépressibilité. Les recherches les plus minutieuses ne font reconnaître aucun enfoncement, aucun point ramolli ; la peau des bourses est parfaitement saine, mobile sur la tumeur, et ne lui adhérant par aucun point; les vaisseaux sous-cutanés ne se montrent pas plus développés que du côté gauche. Cette tumeur est peu douloureuse ; elle fait plutôt éprouver au malade une sensation de pesanteur et de tiraillement, qu'une véritable douleur. Si l'on exerce sur elle une pression croissante, on ne provoque aucune sensation spéciale ; la sensibilité propre de l'organe a complétement disparu ; le cordon n'offre pas de dureté, de nodosités, aucune augmentation de volume.

Les ganglions lombaires et inguinaux sont dans l'état normal.

En présence de tous ces signes, et de l'accroissement graduel de la tumeur, M. Nélaton, pensant bien avoir affaire à un cas de maladie enkystée du testicule, se décida à la castration. Je dirai plus loin quelles raisons avaient pu déterminer ce diagnostic.

Avant de pratiquer l'opération, le chirurgien voulut faire une dernière ponction au centre même de la tumeur. La canule laissa couler quelques gouttes de sang; mais, en la retirant, une faible

quantité d'un liquide clair et filant jaillit de la petite plaie. Profitant aussitôt de ce signe caractéristique, M. Nélaton prit le bistouri en disant : « Ce sont des kystes, il n'y a pas à hésiter. »

La tumeur fut enlevée sans aucune difficulté; le tissu dartoïque, lâche et souple comme à l'état normal, permit de l'énucléer sans peine.

Examen de la pièce pathologique. La tumeur est d'une forme régulière, généralement ovale, entourée de tous côtés par la tunique vaginale, dont, à part quelques adhérences, la cavité est libre, et contient une petite quantité de liquide : ce sont ces adhérences qui déterminaient la distinction des deux petites tumeurs transparentes notées plus haut. Sous la tunique vaginale, l'albuginée se présente avec l'aspect normal, elle se laisse détacher avec facilité du reste de la tumeur. A la partie interne et postérieure de celle-ci, se trouvent le cordon et l'épididyme, qui n'ont pas été atteints par la maladie. Avant tout examen, M. Sappey avait poussé par le canal déférent une injection au mercure; malgré une forte pression, le métal s'était arrêté net au niveau de la queue de l'épididyme, aucune parcelle n'avait filé plus loin.

Cette imperméabilité de l'épididyme doit être notée avec soin; elle nous permettra de tirer sinon une certitude, du moins quelques inductions, sur la nature de la tumeur.

La masse totale pesait 466 gr. En la divisant par une coupe médiane dans le sens de son grand axe, on observait un aspect tout particulier, et d'une disposition générale fort élégante. A la partie supérieure, un espace de 3 à 4 centimètres de long sur 2 de large était rempli d'une matière rouge brunâtre, mêlée d'un peu de liquide de la même couleur; quelques points étaient d'une couleur beaucoup plus blanche. Sur les limites de cet espace, existent quatre petits foyers sanguins, qui ne dépassent pas le volume d'un très-gros pois. Tout le reste de la tumeur était constitué par une trame fibreuse, blanche, médiocrement résistante, circonscrivant une quantité con-

sidérable d'aréoles rondes ou ovales, de toutes les grandeurs. Les unes contenaient un liquide limpide, mais visqueux et filant ; les autres, une substance blanche formée de couches concentriques, s'emboîtant les unes dans les autres, et n'adhérant nullement aux parois du petit kyste. Cette substance avait parfois l'aspect du talc, parfois celui d'une perle ; il n'y avait là aucune analogie ni avec le tubercule, ni avec le pus concret. Les aréoles remplies de liquide visqueux, que la coupe n'avait pas divisées, faisaient une légère saillie et offraient une transparence bleuâtre dont les reflets irisés rappelaient ceux de l'opale.

Sur les limites de la tumeur, mais surtout à la partie antéro-supérieure, on remarquait, sous la tunique albuginée, une lame ne dépassant pas 0,003 millimètres dans sa plus grande épaisseur, et s'étendant sur toute la hauteur de la masse ; cette lame tranchait, par sa couleur noisette, son aspect réticulé, les vaisseaux fins qui s'y ramifiaient, sur les parties voisines. L'examen microscopique a montré clairement que cette lame mince était le vestige du testicule ; les tubes séminifères étaient très-évidents, mais entremêlés de beaucoup d'éléments fibreux, ce qui explique pourquoi ces tubes ne se laissaient pas étirer comme dans l'état normal ; les tractions les mieux ménagées ne donnaient que de petits lambeaux irréguliers, se rompant de suite.

Le liquide filant renfermé dans quelques aréoles est très-riche en albumine ; il se coagule par la chaleur et l'addition de l'alcool ; en séchant, il laisse sur la plaque de verre un vernis épais et brillant. Il ne renferme pas de spermatozoïdes ; on n'y trouve que quelques rares débris vasculaires, quelques lamelles épidermiques, et un assez grand nombre de corpuscules arrondis, fins, nageant librement dans son épaisseur.

La substance concrète, blanche et stratifiée, a montré, sous le microscope, des filaments bizarres, des lames déchiquetées et irrégulières, que je ne sais à quoi rapporter, des cellules épidermiques, et des cristaux de cholestérine.

L'amas rouge-brun situé en haut de la tumeur a été examiné au microscope avec grand soin ; le microscope n'y a montré que des fibres en nombre assez considérable, et des cellules irrégulières, fendillées et plates. M. Broca a pensé que c'étaient des globules sanguins altérés. Cette opinion est d'autant plus probable, que sur les bords de cette masse, existent plusieurs petits foyers sanguins dont la nature ne fait aucun doute, et que, d'autre part, la dernière ponction, faite il y a deux mois, avait laissé couler une notable quantité de sang. Le trois-quarts avait donc intéressé quelques petits vaisseaux, qui auront été sinon la source totale, au moins l'origine de cet épanchement.

En aucun point de la tumeur, on n'a trouvé d'éléments cancéreux.

Il reste à dire, pour clore cette observation, que la guérison s'est opérée sans aucun accident. Quatre points de suture, placés à la partie supérieure de la plaie, ont permis la réunion immédiate dans cette étendue. La cicatrisation a été complète en moins de trois semaines, et le malade a quitté l'hôpital dans les premiers jours de janvier.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

Les tumeurs que l'on a eu l'occasion d'examiner anatomiquement présentent des dispositions assez différentes, suivant le degré de développement qu'elles ont atteint ; mais nous pouvons considérer tout d'abord la lésion principale, abstraction faite du point de départ et des lésions accessoires.

Le volume des kystes est très-variable, tant sur une même pièce, que d'une pièce à l'autre. On peut dire cependant qu'il est des tumeurs composées principalement de kystes très-petits, comme sont ceux du sujet de l'observation 2. Rarement existe-t-il des cavités un peu grandes, comme celle qui, dans l'observation 3, atteignait jusqu'à 4 centimètres de diamètre.

Leur forme n'offre rien de fixe. La nature de leurs parois n'est pas moins différente, suivant les cas : tantôt, en effet, elles sont minces et translucides, comme cela est remarquable dans notre 1re observation, et alors elles sont composées exclusivement de tissu lamineux; tantôt elles acquièrent une assez grande épaisseur, sont formées de tissu fibreux et fibro-plastique, et renferment même des cellules cartilagineuses. Toutes les transitions entre les deux extrêmes peuvent se rencontrer sur une même tumeur. Est-ce par épaississement de ces cloisons que s'est formée la masse fibreuse centrale qui constitue une très-notable partie de la tumeur de G.....?

La face interne des kystes est lisse et polie, quand ils contiennent du liquide; elle est alors revêtue d'une simple couche d'épithélium pavimenteux ordinaire.

Nous arrivons au contenu, qui, très-différent suivant les cas, a été examiné avec détail dans toutes les observations. Le plus souvent il est liquide : ce liquide est généralement citrin et transparent, qu'il soit limpide, comme chez B....., qu'il soit visqueux, comme chez G,....; et ces différences nous semblent tenir aux proportions de mucus qui entre dans sa composition ou à la quantité d'albumine que l'on y trouve. Curling y a, en effet, rencontré quelquefois beaucoup d'albumine, et l'on se rappelle que la quantité en était très-minime dans notre 2e observation, bien que le liquide fût très-visqueux.

On trouve, dans certains cas, du sang ou de la sérosité sanguinolente, fournissant au microscope des globules sanguins plus ou moins déformés. Dans le cas de M. Nélaton, on a pu les attribuer aux ponctions antérieures; on est plus embarrassé quand on ne peut leur reconnaître cette cause, et que le malade n'a pas éprouvé de contusion, comme dans l'observation de G.....; mais l'origine n'en semble pas moins secondaire. Le sang épanché peut même subir des transformations; tel est l'amas solide rouge-brun de l'observation 3, composé de fibrine et de globules sanguins altérés.

D'autres produits solides se rencontrent dans presque toutes les tumeurs. Chez nos malades, c'était un produit stratifié, à couches emboîtées les unes dans les autres, et composées d'épithélium. M. Trélat a vu mélangés à des productions semblables des cristaux de cholestérine; ces cristaux, dans d'autres cas, nagent au milieu du liquide séreux. Cette substance, qui était opaque chez nos deux malades, offre parfois l'aspect d'une perle, et même d'une perle de la plus belle eau, comme dans la tumeur de M. Cruveilhier. Dans d'autres loges de cette dernière tumeur, se trouvait « une matière puriforme et concrète, tenant le milieu entre le pus et la matière tuberculeuse » (1).

Comme lésion accessoire, nous avons vu des noyaux d'enchondrome, dans l'observation 2. Curling dit en avoir rencontré souvent.

Les membranes subissent, dans les tumeurs un peu anciennes surtout, des altérations; ainsi on voit des adhérences partielles ou totales de la vaginale, l'épaississement de son feuillet pariétal. L'albuginée était amincie dans les cas cités par Curling; nous l'avons, au contraire, trouvée épaissie d'une manière générale dans nos observations, mais cependant elle subit des éraillures dans les points les plus tendus.

Nous venons de voir quels sont les éléments anatomiques normaux qui forment les tumeurs kystiques, et leurs diverses variétés; il nous reste à étudier comment ils se comportent à l'égard des éléments anatomiques normaux du testicule, question qui est intimement liée à leur mode de développement.

Quand les tumeurs sont fort anciennes, et semblent avoir acquis leur plus haut degré d'évolution, ces éléments nouveaux se retrouvent seuls; la masse de la substance tubuleuse propre du testicule et des canaux de l'épididyme a disparu, et l'on ne retrouve plus ces

---

(1) Cruveilhier, *loc. cit.*

tubes qu'entre les séries de kystes, et encore sont-ils considérablement altérés, comme dans l'observation 2. Si l'on n'avait observé que de ces cas, on penserait tout naturellement, comme semble l'avoir cru A. Cooper, que les kystes sont le résultat de dilatations partielles des canaux de toute l'étendue de la glande ; mais des faits d'un autre ordre sont venus montrer que la disparition de la substance tubuleuse ne pouvait reconnaître d'autre cause que la compression.

Curling a trouvé dans plusieurs cas, et en particulier chez un sujet dont il rapporte l'observation (1), cette substance tubuleuse étalée sur le côté antérieur des kystes, en couche peu épaisse, directement au-dessous de l'albuginée. Des faits analogues ont été vus par M. Robin ; dans ces derniers, peu anciens en date, la substance testiculaire a même conservé son volume à peu près normal. M. Robin dit même « qu'elle est très-rarement atrophiée, de manière à mettre en contact direct le tissu du testicule avec celui de la tumeur, » cas dont nous avons cependant montré des exemples.

On n'en persiste pas moins à regarder les kystes comme des dilatations partielles de certains tubes, et il ne reste plus qu'à savoir si ce sont les conduits épididymaires ou les canaux du corps d'Highmore.

La première de ces opinions est celle de M. Robin, la seconde est défendue par M. Curling. Dans les cas que M. Robin a eu l'occasion d'examiner, l'épididyme ne se retrouve plus, tandis que le corps d'Highmore forme une lame plus ou moins épaisse, qui sépare constamment la série des kystes de la substance tubuleuse étalée sous l'albuginée. On conçoit que ces faits conduisent à admettre le point de départ dans l'épididyme.

Curling, au contraire, a vu l'épididyme conservé à l'état sain, dans les tumeurs peu avancées, et si dans d'autres, il est affecté, il pense que cela n'a pu être que d'une manière secondaire.

---

(1) *Loc. cit.*, p. 412.

Nous avonns également retrouvé l'épididyme intact dans notre observation 1[re]; il était tel aussi dans l'observation empruntée à M. Trélat.

Que conclure de ces faits? Ne pourrait-on pas admettre que le point de départ est différent suivant les cas, et que tantôt c'est l'épididyme et tantôt le *rete testis?*

SYMPTÔMES ET MARCHE.

La maladie kystique débute graduellement. Souvent le malade n'a été averti de son développement que par le poids incommode de la tumeur et les tiraillements lombaires qu'elle occasionne, quand elle a acquis un certain volume et qu'elle n'est pas soutenue. Elle peut rester indolente jusqu'à la fin; mais nous avons vu que nos deux malades ont subi, dans les derniers temps, des douleurs très-vives, qui, dans un des cas, offraient le caractère lancinant qu'on a si souvent regardé comme pathognomonique du cancer.

Le volume qu'est susceptible d'acquérir la tumeur ne nous semble pas pouvoir être évalué : il peut devenir considérable, comme dans la 2[e] observation, et différencier ainsi la maladie de certaines tumeurs testiculaires qui restent toujours peu volumineuses.

La forme n'a rien de fixe. Celle du testicule normal peut être conservée jusqu'à un développement avancé; dans d'autres cas, elle est à peu près la même que dans l'hydrocèle, bien que ce cas ne semble pas devoir être le plus commun.

Cette forme est régulière d'une manière générale. Nous ne savons pas que l'on ait observé souvent de ces énormes bosselures si fréquentes dans l'encéphaloïde; mais il est important de noter que l'on rencontre, dans presque tous les cas, des saillies régulièrement arrondies, qui deviennent le siége d'une fluctuation évidente. La consistance du reste de la tumeur est au contraire ferme et élastique. Elle n'est pas d'ailleurs parfaitement égale, et la sensation de cloi-

sons fibreuses que nous retrouvons dans bon nombre d'observations peut être regardée comme un signe d'une certaine valeur.

La pesanteur, dont on se fait une idée approximative en soulevant la tumeur, est difficile à apprécier ; elle a paru cependant, sur plusieurs sujets, être plus considérable que celle d'une tumeur entièrement liquide. On ne peut pas constater de transparence dans toute la masse ; mais des kystes superficiels peuvent donner lieu à une transparence limitée à l'aide du stéthoscope. Cette circonstance s'est rencontrée dans l'observation 3, et elle ne manque pas d'importance.

La pression ne fait reconnaître en aucun point la sensibilité spéciale propre au testicule, signe qui, une fois bien constaté, peut écarter l'idée d'une maladie des enveloppes de l'organe.

La peau glisse au-devant de la tumeur. Le développement des veines sous-cutanées avait été regardé, par A. Cooper, comme plus considérable que dans les autres affections du scrotum ; mais les faits que nous avons rapportés ne nous permettent pas de regarder ce symptôme au moins comme général.

Le temps que la maladie met à se développer est très-variable ; il est généralement assez long : il fut en effet de deux ans dans le cas opéré par M. Nélaton, de moins d'une année dans notre observation 1re ; cette période de temps s'est élevée jusqu'à cinq ans dans la 2e.

Depuis que l'attention a été éveillée sur cette affection, on s'est beaucoup occupé de savoir si elle pouvait offrir la terminaison des tumeurs dites cancéreuses. Nous avons vu, en commençant, quelle avait été l'opinion de M. Velpeau. Le malade dont M. Cruveilhier a fait l'histoire, succomba à un encéphaloïde de la colonne vertébrale ; le sujet opéré par Roux présenta, au bout de quelques mois, des tumeurs dans l'abdomen, et mourut de cachexie cancéreuse. Curling (*loc. cit.*, p. 415) rapporte l'exemple d'un médecin qui succomba dix-huit mois après l'opération, et offrit, à l'autopsie, des

cancers multiples dans les ganglions lombaires, les poumons et le foie. Il parle également de plusieurs autres cas semblables.

D'un autre côté, on se rappelle que A. Cooper regardait la maladie kystique comme étant toujours bénigne. Curling a pu suivre plusieurs malades opérés, et jouissant, quelques années après, d'une bonne santé ; il regarde même cette terminaison heureuse comme étant la plus fréquente. Nous espérons que le malade qui fait l'objet de notre observation 2 pourra être rangé à côté de ces sujets.

On peut se demander si, d'après cela, on doit considérer la maladie comme cancéreuse. Si l'on pouvait dire aujourd'hui qu'il existe un élément anatomique propre à faire reconnaître cette sorte d'affection, la réponse sur une tumeur donnée serait facile après son ablation ; c'est ainsi que Curling basait son pronostic sur la présence ou l'absence, sous le microscope, de la cellule dite cancéreuse. Mais si, pour établir le pronostic, nous nous bornons à la comparaison des faits actuellement connus, nous pouvons seulement dire que la terminaison heureuse semble plus probable que la généralisation de la maladie. Ce n'est pas autrement que l'on procède pour beaucoup d'autres tumeurs bien étudiées. Ne sait-on pas, en effet, que celles qui sont réputées les plus bénignes, comme l'enchondrome, sont susceptibles, rarement, il est vrai, de généralisation, et peuvent produire tout le cortége de phénomènes attribués au cancer ? L'idée de maladie cancéreuse a semblé à des auteurs récents, tels que M. Eug. Nélaton (1), être appelée à devenir plutôt un pronostic qu'un véritable diagnostic.

Il n'est pas ici question, bien entendu, de ces encéphaloïdes du testicule, qui, de même que ceux de tous les organes, peuvent contenir des kystes séreux, comme lésion accessoire ; car on n'entend renfermer dans la catégorie des maladies kystiques que les tumeurs composées exclusivement, ou presque en entier, par l'agglomération des kystes que nous avons décrits.

---

(1) *Tumeurs à myéloplaxes* ; thèse inaugurale, 1860.

DIAGNOSTIC.

Nous ne trouvons pas, dans le sarcome kystique, de signes vraiment pathognomoniques. Les auteurs ont pensé que ce n'est que par l'ensemble de plusieurs caractères, une certaine physionomie de l'affection, et souvent des signes purement négatifs, que l'on pouvait arriver à une probabilité diagnostique. Nous avons vu que M. Nélaton avait pu poser le diagnostic du cas relaté par M. Trélat; aidé peut-être par un concours heureux de circonstances, nous avons pu exprimer l'opinion de l'existence de l'affection, dans notre observation 2.

Ce n'est pas cependant que A. Cooper n'ait donné des signes propres à faire reconnaître la maladie kystique; il les a rangés sous sept chefs :

1° Dépressibilité plutôt que fluctuation, 2° tumeur pesante; 3° conservation de la forme générale du testicule, bien qu'il soit un peu plus pyriforme; 4° absence de transparence; 5° sensation de constriction du testicule, quand la compression est considérable; 6° état variqueux des reins, du cordon et du scrotum; 7° on ne peut sentir le testicule à la partie postérieure de la tumeur.

M. Trélat, faisant suivre l'observation qu'il rapporte de considérations diagnostiques, discute tous ces signes, et en vient à n'accorder de valeur qu'aux 1er, 3e, 4e et 7e signes. Nous pensons de même que seuls de tous ceux donnés par le chirurgien anglais, ils méritent de la confiance.

Le poids de la tumeur ne saurait être, en effet, une considération de diagnostic; et la sensation de constriction qui constitue le 5e signe paraît bien difficile à constater; nous avons déjà vu ce que l'on pouvait penser de la varicosité des veines scrotales. Reste donc la consistance élastique, à laquelle on peut joindre la sensation de cloisons fibreuses, la forme généralement peu altérée de l'organe, l'absence de transparence générale, et la possibilité où l'on est de trou-

ver le testicule par la pression. On peut encore y ajouter l'existence, dans certains cas, de saillies fluctuantes et transparentes, et le résultat des ponctions exploratrices qui les vident, sans diminuer notablement le volume de la tumeur.

Mais il faut bien avouer que l'ensemble seul de ces symptômes a de la valeur. Chacun d'eux, pris isolément, appartient tout aussi bien à beaucoup d'autres tumeurs testiculaires.

Si la physionomie fournie à l'affection par cet ensemble n'éveille pas l'idée ou n'entraîne pas la conviction du diagnostic, il est nécessaire de procéder par voie d'exclusion, et d'examiner successivement les caractères connus des autres tumeurs qui offrent de la ressemblance avec la maladie kystique.

Il est donc utile que nous essayions de passer en revue ces maladies au point de vue du diagnostic différentiel.

Il ne peut être question que de maladies chroniques et irréductibles des bourses, et sous ce titre nous avons à considérer l'hydrocèle vaginale avec épaississement du sac, l'hématocèle dans les mêmes conditions, l'orchite chronique, l'enchondrome, l'affection tuberculeuse, le squirrhe, l'encéphaloïde.

Dans l'hydrocèle de la tunique vaginale épaissie, la forme peut être la même que dans la tumeur kystique. Le toucher donne dans les deux cas une sensation de résistance avec élasticité; mais dans la seconde affection, à moins qu'elle ne soit trop récente, il fait percevoir en outre certaines inégalités et des cloisons fibreuses. D'un autre côté, dans l'hydrocèle, on trouve sur le côté postérieur la sensibilité énervante propre au testicule. Mais on n'en confondrait pas moins souvent peut-être les deux affections, si l'on n'avait pour porter un jugement définitif le résultat de la ponction exploratrice, qui, dans la maladie kystique, ne fournira pas ou très-peu de liquide.

C'est par les mêmes moyens que l'on arrivera à rejeter l'opinion d'une hématocèle qui se videra également par la ponction.

Le testicule atteint d'orchite chronique ou d'engorgement syphili-

tique généralisé est peu volumineux et a conservé beaucoup plus exactement sa forme ; un autre signe, du reste très-utile, consiste dans une fermeté plus grande et non élastique, qui est propre à ces engorgements.

La lenteur de la marche, le petit volume et la grande résistance des tumeurs fibreuses et enchondromateuses, suffisent à les distinguer du sarcome kystique.

Dans l'affection tuberculeuse, nous trouvons la forme inégale, la marche irrégulière ; puis la formation d'abcès tuberculeux se succédant les uns aux autres vient dissiper toute confusion.

La nature et l'intensité des douleurs ne peuvent suffire à faire reconnaître le squirrhe, mais il pourra se distinguer par sa consistance pierreuse et la présence de bosselures très-fermes ; tandis que s'il y en a dans l'affection kystique, elles sont plus molles que le reste de la masse. A un degré plus avancé, mais il faut toujours pour cela un temps considérable, la tumeur squirrheuse se ramollit et s'ulcère ; le ramollissement seul, succédant à l'induration, constitue une marche bien différente de celle de la maladie kystique.

Nous arrivons à l'encéphaloïde. Ici les difficultés s'accroissent ; tous les chirurgiens ont reconnu combien était difficile la distinction entre les deux maladies, et nous avons fait remarquer que la tumeur de l'observation 1re se rapprochait beaucoup de cette espèce de cancer. Il existe pourtant des signes différentiels applicables au plus grand nombre des cas, et l'un des plus importants est la marche plus rapide dans le cas d'encéphaloïde. La sensation de cloisons fibreuses peut exister dans cette dernière tumeur, mais elles offriront rarement la résistance de celles que l'on rencontre dans bon nombre de cas de sarcome kystique. La forme est, dans cette dernière affection, plus régulière, les bosselures plus petites et plus arrondies ; la nature du liquide que fournit la ponction de ces saillies offre de l'importance. Quand on rencontre des tumeurs aussi anciennes que celle qui fait le sujet de notre 2e observation, l'absence d'engorgement du cordon et des ganglions lombaires semble

écarter l'idée d'encéphaloïde, et cette considération fut le principal mobile du diagnostic de ce cas.

Mais nous croyons devoir encore répéter que la réunion seule de plusieurs de ces signes différentiels peut entraîner la conviction.

Quand on a des raisons suffisantes pour reconnaître la maladie kystique, il faut toujours s'assurer, avant de prendre une détermination, qu'il n'existe aucune complication d'engorgements ganglionnaires ou de tumeurs viscérales. Nous avons déjà exprimé l'opinion que la constatation de leur existence ne peut combattre le diagnostic, mais modifier essentiellement le pronostic.

ÉTIOLOGIE.

Dans toutes les observations, c'est à l'âge adulte et principalement de 40 à 50 ans que la maladie kystique s'est développée ; elle a débuté le plus souvent sans cause connue. Dans d'autres cas, au contraire, les malades en ont attribué l'origine à une contusion plus ou moins violente du testicule, comme nous le voyons dans notre 1re observation.

Nous n'avons pas d'éléments suffisants pour apprécier le degré d'influence de cette cause et plus encore son mode d'action.

TRAITEMENT.

L'ablation de l'organe a été, dans tous les cas que nous connaissons, la seule ressource qu'ait pu fournir la chirurgie. Toute trace bien constatée d'engorgement viscéral semblera, nous le pensons, à tout chirurgien prudent, une raison suffisante pour contre-indiquer l'opération.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Donner les lois du mouvement uniforme et du mouvement uniformément accéléré, en prenant pour exemple la chute des corps.

Chimie. — Des oxydes d'or.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques dont la magnésie et le carbonate de magnésie sont la base ; décrire ces préparations.

Histoire naturelle. — Caractères de la famille des papavéracées.

Anatomie. — De la structure des glandes salivaires.

Physiologie. — La distinction entre les nerfs du sentiment et les nerfs du mouvement est-elle fondée?

Pathologie interne. — De l'asphyxie.

Pathologie externe. — Des étranglements de l'intestin dans la cavité abdominale.

Pathologie générale. — Des modifications d'aspect et de composition que l'inflammation détermine dans le sang.

Anatomie pathologique. — Des rétrécissements du canal alimentaire.

Accouchements. — Du renversement de l'utérus.

Thérapeutique. — De la composition des principales eaux minérales acidules gazeuses.

Médecine opératoire. — Des opérations que réclament les rétrécissements et les oblitérations du gros intestin.

Médecine légale. — Des vices de conformation, autres que ceux appelés hermaphrodismes, qui peuvent rendre difficile et même impossible la détermination du sexe.

Hygiène. — Des dispositions héréditaires à la phthisie tuberculeuse, et du régime qu'elles exigent.

Vu, bon à imprimer.

GOSSELIN, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

ARTAUD.

traces	traces
0,041000	0,049500
0,259021	0,307666

le Cauterets; c'est peut-être
y a quatre bains, deux pis-
dans tous les bains. Il doit
le nouvelles bases, entre le
eur. Cet établissement pos-
empérée. Elles ont été ana-
lonné :

chaude.	Source tempérée.
—	—
0107	0,0055
aces	traces
0062	0,0075
0746	0,0538
aces	traces
—	—
—	—
0102	0,0047
0353	0,0607
aces	traces
0283	0,0058
0368	0,0498
aces	traces
—	—
—	—
—	—
0360	0,0340
2381	0,2208

M. Gigot-Suard dit n'avoir jamais v
lui, les eaux de Cauterets, prises à des do
système nerveux une action insensible,
ractérisée par aucun phénomène particuli